

5. Everett W.G., Friend P.I., Forty S. Comparison of stapling and hand suture for Left-sided Large bowel anastomosis // Br.S.Surg. 1986. - Vol.73. - P.345-348.
6. Lorenz D., Siemer P., Maskow Gr., Peterman J. Einsatz von Klammernahtgeraten in der Gastronterologie // Zent. B. Chir. 1988. - Vol. 113. - N 18. - P.1196-1203.
7. Sosa J.L., Sleeman D., Puente J. Et al. Laparoscopic-assisted Colostomy Closure After Hartmann's Procedure // Dis. Colon Rectum. 1994. - Vol.37 - N 2. - P.149-152.

## APPLICATION OF ANASTAMOTIC COMPRESSION APPARATUS IN COLORECTAL SURGERY

V.I.PETRUSHENKO, A.V.VOROBAY, S.Y.KROT,  
I.D.LOPATIN, U.G.YISIKOV

A general experience in performing 51 compression colorectal anastomotic operations during Cancer of rectum and Liquidation of and Loop Colostomy after Hartmann's operation using the AKA-2 and AKA-4 staplers.

Indications for application, complications and Long term effects.

Поступила 5.06.1996 г.

**Р.К.РАХМАНОВ, А.К.ХОДЖИМЕТОВ, Х.К.АБДУРАХМАНОВ, Б.И.МУМИНОВ,  
М.Н.НУРАЛИЕВ, Ш.М.ЭЛЬМУРАДОВ, П.ПИРЛЕПЕСОВ**

## **ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА «РЭКОН» В ДИАГНОСТИКЕ РЕФЛЮКС - ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМИ СИНДРОМАМИ.**

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета  
(зав.каф.доктор мед.наук, профессор Р.К.Рахманов) Первого  
Ташкентского медицинского института (ректор - член-корр. АН РУЗ  
Т.А.Даминов)

На нынешнем этапе изучения пострезекционных и постваготомных осложнений мы убедились в недостаточной изученности рефлюкс-эзофагита(РЭ), как пострезекционного, так и постваготомного осложнения. Между тем известно, что рефлюкс-эзофагит расценивается многими авторами как факультативный предрак. Также известны другие осложнения рефлюкс-эзофагита: язва с последующим образованием стриктуры пищевода или других осложнений, свойственных язве, перфорация, кровотечение.

На основании изучения 1000 эндоскопических картин пищевода при различных патологиях желудочно-кишечного тракта мы пришли к выводу, что наряду с дисфункцией пищевода, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит является одним из нередко встречающихся осложнений резекции и ваготомии. Причиной развития рефлюкс-эзофагита после резекции и ваготомии служит разрушение компонентов клапанного механизма кардиального «жома» - мышечного, диафрагмального и клапанного (А.А.Шалимов, 1987; А.И.Горбашко, 1985; Р.К.Рахманов, 1991, 1993).

По данным А.И.Горбашко и Р.К.Рахманова (1991-1993) после резекции, ваготомии по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки признаки желудочно-пищеводного рефлюкса наблюдаются у 5-48% больных. По нашим данным

среди 922 больных с патологическими постгастрорезекционными синдромами рефлюкс-эзофагит составил 8,4%.

Диагностика РЭ должна быть базирована на основании комплексного исследования: рН-метрия и измерение внутрипищеводного, желудочного, дуоденального давления, динамическая сцинтиграфия пищевода и рентгенологические исследования, тепловизионные, включая морфологические исследования. При комплексном исследовании решается первая задача: этиология РЭ; вторая задача: форма и степень поражения пищевода, осложнения РЭ; третья задача - выбор лечебной тактики. Мы убедились в том, что выполненные без учета гастро- и дуоденостаза, различные виды ваготомии с дренирующей желудок операцией, привели у этих больных к прогрессированию гастро- или дуоденостаза и возникновению дуоденогастрального и гастро-эзофагеального рефлюксов с развитием свойственных для РЭ осложнений, вплоть до рубцовой стриктуры пищевода, требующей сложного оперативного лечения.

Наши многочисленные клинические наблюдения и экспериментальные исследования показали, что диагностика рефлюкс-эзофагита должна носить комплексный характер с использованием данных клиники, рентгенологических, эндоскопических, рентгенорадиологических, тепловизионных и морфологических, включая другие дополнительные (рН-метрия, поэтапная манометрия) исследования.

Применение методики первичного двойного контрастирования позволяет распознать хиатальную грыжу и недостаточность физиологической кардии у 97,5% обследованных больных, повысить процент совпадений рентгенологических и эндоскопических диагнозов до 98,5%.

Нами, совместно с сотрудниками кафедры рентгенологии и радиологии Первого ТашГосМИ, возглавляемой академиком РАМН Д.Н.Максумовым, изучались причины нарушения функции пищеводно-желудочного перехода у больных с постгастрорезекционным синдромом для того, чтобы оценить физиологичность и контрастность нового рентгеноконтрастного вещества «РЭКОН» в диагностике недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагита. Обследовано 155 больных с постгастрорезекционным синдромом в возрасте от 35 до 51 года. Все больные были мужчины.

Симптомокомплекс постгастрорезекционного синдрома у обследованных больных был разнообразен и сложен. У 84 (54,2%) больных с недостаточностью кардии выявлена изжога, а у 32 из 84 - дисфагия и установлен рефлюкс-эзофагит. Дисфагия была постоянной, либо возникала в конце приема пищи. Срыгивание и горечь во рту были у 15 из 32 больных, рвота съеденной пищей и чувство жжения за грудиной - у 17 из 32 больных. У 71 (45,8%) больного с нефиксированной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточностью кардии различной степени и тяжести наблюдались боли, тяжесть и распирающие ощущения в подложечной области.

Произведена рентгеноскопия с УРИ с фармакологическим препаратом и контрастным веществом «РЭКОН». Исследование производили полипозиционно, с двойным контрастированием рельефа. На пневморельефе органа с контрастным веществом отчетливо и ясно был виден рельеф слизистой.

У больных с постгастрорезекционным синдромом рельеф абдоминального отдела пищевода был утолщенным и отечным, с неровными контурами за счет слизи в виде пузырьков (рефлюкс-эзофагит).

Таким образом, можно утверждать, что после резекции дистального отдела желудка у больных, оперированных по поводу язвенной болезни и новообразований, часто возникает нефиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит.

Новое рентгеноконтрастное вещество «РЭКОН» способствует тщательному изучению органических и функциональных изменений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с постгастрорезекционным синдромом.

На пневморельефе в результате импрегнации контрастного вещества и длительной его задержки в складках слизистой отчетливо выявляются патологические изменения пищеводно-желудочного перехода.

Показаниями к хирургической коррекции и лечению рефлюкс-эзофагита при выполнении резекции считали наличие клинико-эндоскопической и рентгенологической картины и подтвердившейся во время операции ГПОД, уменьшение угла Гиса, явившиеся причиной недостаточности кардии.

В связи с этим для профилактики рефлюкс-эзофагита после операции резекции желудка при тупом угле Гиса всем больным выполняли фундопликации по способу А.А.Шалимова, переднюю крурорграфию и фундо-эзофагофренографию 3-мя швами. Проведенные мероприятия позволили сократить количество больных с пострезекционными рефлюкс-эзофагитами.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А.И., Рахманов Р.К. Постваготомические синдромы. - Ташкент:Ибн-Гина, 1991.
2. Рычагов Г.П., Ошибки, опасности и осложнения в желудочной хирургии. - Минск:Вышэйшая школа, 1993.
3. Березов Ю.Е. и др. Вестник хирургии. - 19971. - N 10. - С.50-53.
4. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Сальман М.М. Болезни пищевода. - М., 1971.
5. Шнейдерис М.Б. Материалы о состоянии пищевода и желудка у лиц, перенесших резекцию желудка / Докторская дис. ... - Вильнюс.
6. Code C.F. Et al An of Esophageal Motility in Health and Disease. - Springfield, 1958.
7. Kantrowitz P.A. et al Gastroenterology. 1969, 564, 666-674.

Поступила 16.11.1996 г.

**МОСКОВСКОЕ  
УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ  
ПРЕДПРИЯТИЕ №9**  
Всероссийского общества слепых  
предлагает **МЕДИЦИНСКИЕ БУМАЖНЫЕ**

**ПАКЕТЫ**

**И**

**ПИПЕТКИ**

**ГЛАЗНЫЕ СТЕКЛЯННЫЕ ТРАВМОБЕЗОПАСНЫЕ**

Пакеты выпускаются различных размеров  
и могут использоваться в больницах и  
поликлиниках (для рентгеновских снимков, зубных  
протезов, таблеток, ваты, а также при стерилизации  
шприцев).

**НЕДОРОГО**

Адрес: 123481 Москва, Планерная ул., 6.  
тел.: 494-9041, 496-6204  
факс: 496-5289